

Beata Szymańska

ZASADA SPRAWIEDLIWOŚCI A DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

The Principle of Justice and Health Care Availability

Abstract: The main purpose of my paper is to consider a problem of justice in a context of health care. The John Rawls' theory is my point of methodological departure. He states in it the importance of the concept of fairness and equality from behind what he terms a "veil of ignorance". Rawls refers to the "original position" in which a person is attempting to determine a fair arrangement for society without any preconceived notions or prejudices. I refer, however, his theory to the health care field and I consider such problems as fair distribution of medical care or fair partition of taxes for personal insurance. Further problems appear there in consequence, e.g. who has the privilege to attain the medical help as a first and the resulting doctor's ethical dilemmas.

Key words: justice, medical care, Rawls' theory of ethics, dispassionate observer, "veil of ignorance", ethical dilemmas

*Każdy ma prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1)
(prawa pacjenta wynikające z bezpośredniego
stosowania przepisów Konstytucji RP)*

Według polskiego prawa, „Każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warun-

kach i w zakresie określonych w ustawie” (art. 68 ust. 2). Prawa pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r.: „Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności (art. 7); Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do: świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń” (art. 19 ust. 1 pkt 1, art. 20).

W styczniu 2011 r. w jednej codziennych gazet ukazał się artykuł o charakterystycznym tytule „Równe jest lepsze”. Jego autor¹ odwołał się do badań przedstawionych w różnych pracach, przede wszystkim do książki *Why More Equal Societies Almost Always do Better*², której tytuł trafnie wyraża zarówno zasadniczą tezę książki, jak i wymienionego artykułu, a także uwzględnia dyskusję, jaka toczy się obecnie w wielu krajach Europy. W artykule jest przedstawiona osobliwa relacja między zdrowiem, opieką medyczną a ideą równości społecznej. To, że problematyka opieki zdrowotnej ściśle łączy się z pytaniem o równość wszystkich obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, jest sprawą znaną (nie znaczy to oczywiście, że tego typu postulat ma swoje jednoznaczne rozstrzygnięcia). Tu jednak przytoczone są badania przeprowadzone w statystycznie znaczących grupach bogatych i biedniejszych społecznościach Zachodu, w krajach takich, jak – z jednej strony Stany Zjednoczone Niemcy czy kraje skandynawskie, a z drugiej – w krajach biedniejszych, np. w Portugalii. Wskazują one na fakt, że nie tylko zadowolenie z życia, ale także stan zdrowotny ludności nie zależy od bogactwa kraju, lecz od poczucia, iż żyje się w społeczeństwie o małym stopniu zróżnicowania dochodów przypadających na jednego mieszkańca. W krajach, gdzie zróżnicowanie jest największe wzrasta nie tylko poziom patologii społecznych, lecz także pogarsza się stan zdrowia obywateli (plaga otyłości, depresje, skracająca się długość życia). Rosnące nierówności szkodzą większości społeczeństwa.

Nie jest założeniem niniejszego artykułu dyskusowanie nad stopniem wiarygodności tego rodzaju badań, nb. chętnie przytaczanych przez nurty lewicowe, lecz z powagą traktowanych także w bogatych państwach, takich jak Szwecja, gdzie system podatkowy niweluje różnice dochodów, warto jednak zwrócić na ten problem uwagę. Chodzi o to, że pytanie o równość, rozwinięte w pytanie o sprawiedliwość społeczną, dotyczy jednego z najważniejszych problemów współczesnych społeczeństw, w tym także polskiego. Rozróżnienie pól znaczeniowych pojęć „sprawiedliwość” i „równość” będzie szczególnie ważne w odniesieniu do zasadniczego pytania – jak realizowany jest postulat sprawiedliwości

¹ P. Buras, *Równe jest lepsze*, „Gazeta Wyborcza”, 15 stycznia 2011.

² R. Wilkinson, K. Pickett, *The Spirit Level, Why More Equal Societies Almost Always do Better*, London 2009.

w odniesieniu od sytuacji człowieka chorego, do opieki zdrowotnej i skali różnicowania prawa do świadczeń.

O tym, jakie są zależności między „równością” a „sprawiedliwością”, będzie mowa w dalszym ciągu tego tekstu, jednak w dyskusjach często oba te terminy pojawiają się obok siebie jako pojęcia bliskoznaczne. Dokonanie ich rozgraniczenia okaże się szczególnie ważne w odniesieniu do problemu sytuacji społecznej człowieka chorego i różnicowania (lub jego braku) w zakresie szeroko rozumianej opieki zdrowotnej³.

Pojęcie sprawiedliwości wielokrotnie uznawano za najważniejszy problem teorii społecznych i zajmowano się nim od dawna, wystarczy przypomnieć rozważania Jana Jakuba Rousseau, czy późniejsze koncepcje utylitarystów. Jednak jednoznaczne zdefiniowanie pojęć „sprawiedliwość”, „sprawiedliwy” nie jest sprawą łatwą. Tym problemom poświęcona jest obszerna literatura, zarówno dawniejsza, jak i najnowsza, wystarczy więc przypomnieć jedynie kilka kwestii.

W dawniejszym znaczeniu tego słowa chodziło o pewną cnotę moralną. W teologii chrześcijańskiej była to jedna z cnot kardynalnych. W rozumieniu Platona, sprawiedliwość, *dikaioσύνη*, harmonizuje wszystkie pozostałe cnoty. Nie o takie znaczenie jednak tu chodzi. Nie idzie tu także o takie rozumienie sprawiedliwości, jakie odnosi się do sprawiedliwego wymiaru kary – o jej wymiar prawny.

Pojęcie to będzie tu rozumiane w tym znaczeniu, jakie kształtowało się od Hobbesa, Hume’a i Rousseau, przez Hegla i Marksa, a ujęciu współczesnym spotyka się go m.in. u Johna Rawlsa. Sprawiedliwość nie jest już tu cnotą moralną, lecz regułą społeczną, postawą etyczną wolnych i racjonalnie myślących obywateli.

Nie sposób w tych krótkich rozważaniach przedstawić wszystkich wniosków wynikających z takich założeń. Należy zmierzać do ich zastosowań w dziedzinie tu omawianej – leczenia. Przede wszystkim trzeba stwierdzić, że w tym obszarze nie ma się do czynienia ze wszystkimi aspektami sprawiedliwości. Nie chodzi o tak istotny przecież aspekt, jak problem sprawiedliwych lub niesprawiedliwych kar i nagród, czy też sprawiedliwego albo niesprawiedliwego oceniania ludzi lub ich czynów, co skądinąd w strukturach służby zdrowia może mieć miejsce. W gruncie rzeczy ma się tu do czynienia tylko z jednym elementem – jest nim dystrybucja dóbr.

W tym przypadku chodzi o zapewnienie sprawiedliwego dostępu do tego rodzaju dóbr, jakie składają się na szeroko rozumianą opiekę medyczną. Sprawiedliwość więc, o jakiej będzie mowa, to jej szczególna forma – sprawiedliwość dystrybucyjna. Niekiedy będzie tu mowa o jeszcze jednym jej aspekcie – o wyrównywaniu krzywd. Będzie to więc sprawiedliwość retrybucyjna, wyrównawcza.

³ O niektórych zagadnieniach poruszanych w dalszym ciągu tego tekstu zob. też: B. Szymańska, *Sytuacja człowieka chorego a pojęcie sprawiedliwości*, „Sztuka Leczenia” 1998, nr 1.

Współczesny filozof amerykański John Rawls, do którego poglądów będą tu czynione odwołania, pisze, że „jak prawda w systemach wiedzy, tak sprawiedliwość jest pierwszą cnotą społecznych instytucji”⁴ i dodaje, że „prawda i sprawiedliwość jako cnoty naczelne ludzkiej działalności są bezkompromisowe”⁵. Pojęcie „sprawiedliwość”, istotne zarówno w rozumieniu społecznego ładu, jak i autonomii jednostki, jest szczególnie ważne wówczas, gdy rozpatruje się sytuację egzystencjalną człowieka chorego, a nie tylko gdy podejmuje się praktyczne decyzje dotyczące dystrybucji tego szczególnego dobra, jakim są szeroko rozumiane usługi medyczne.

Jest bowiem tak, że w ten sposób rozumiane pojęcie sprawiedliwości odnosi się do relacji ludzi tworzących społeczność, jednakże – inaczej niż to się na ogół przyjmuje – należy sądzić, że specyficznie rozumiana „sprawiedliwość” (a także jej brak) dotyczy również naturalnych dóbr człowieka (takich, jak inteligencja, sprawność fizyczna, zdrowie) i w tym znaczeniu można mówić o jej wymiarze egzystencjalnym.

W potocznych wypowiedziach chorobę uznaje się za wyraz „niesprawiedliwości losu”, nawet jeśli przyzna się, że z naukowego punktu widzenia takiego stanowiska nie da się uzasadnić. „Dlaczego właśnie mnie to spotkało?” – to dramatyczne pytanie powtarzają ludzie, których dotknęła choroba. „Dlaczego właśnie moje dziecko urodziło się kaleką?” – oczywiście w odniesieniu do czynników biologicznych trudno w ścisły sposób posługiwać się terminem „niesprawiedliwość”, ale z pewnością należy uznać, że sytuacja człowieka chorego, niejako sama z siebie domaga się jakiegoś „wyrównania”.

Można, co prawda stwierdzić, że w takim ujęciu następuje pomieszanie dwóch aspektów: prostego podziału pomiędzy członków danego społeczeństwa tego, co zostało przez to społeczeństwo wyprodukowane i wymiaru egzystencjalnego: niesprawiedliwości odmiennych losów ludzkich. A jednak można też stwierdzić, że miarą moralnej oceny społeczeństw jest m.in. to, w jaki sposób odnoszą się one do ludzi słabszych, często społecznie nieużytecznych z powodu swoich upośledzeń i na ile przyjęty przez nie system praw i obyczajów prowadzi do wyrównywanie gorszej fizycznie i zdrowotnie sytuacji niektórych ludzi.

Właśnie ten aspekt jest ważny dla całej sfery opieki zdrowotnej, wskazując na to, że w ogólnym podziale dóbr należy uwzględniać szczególną sytuację człowieka pozbawionego pewnej istotnej wartości, jaką jest zdrowie. Jest to podstawowy wymóg moralny w społeczeństwie, dla którego „sprawiedliwość”, czy to rozumiana jako „bezstronność”, czy też pojmowana utylitarnie, stanowi wartość nadrzędną. To „sprawiedliwość” wymaga tego, aby w dobrze funkcjonującym społeczeństwie owe następujące w punkcie wyjściowym różnice były maksymalnym stopniu niwelowane. Chodzi tu o zasadę (znowu używając

⁴ J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, tłum. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk, Warszawa 1994, s. 13.

⁵ *Ibidem*, s. 13.

określenia Rawlsa) sprawiedliwej kompensacji. Ta sprawa jeszcze będzie tu omawiana.

Problem choroby ma jeszcze jeden aspekt – ten rodzaj „niesprawiedliwości” może przydarzyć się, i raczej na pewno się przydarzy, każdemu członkowi społeczeństwa, choć może go dotknąć w różnym stopniu. Jest więc interesem całej społeczności, aby stosowne regulacje prawne szczególnie troskliwie chroniły sprawiedliwy dostęp do odzyskiwania zdrowia. Tego rodzaju argument zawiera w sobie być może element osobistej korzyści, ale ostatecznie sprawnie funkcjonujące społeczeństwo jako całość winno służyć interesom swoich członków.

Teorie sprawiedliwości różnie definiowały pojęcie sprawiedliwości, a sama definicja prowadzi do dość znacznych różnic dotyczących wyprowadzanych z nich norm moralnych. Starożytne określenie sprawiedliwości wyrażało się formułą *suum cuique* – każdemu to, co mu się należy. Jednak takie sformułowanie, chociaż nie straciło swojej ważności, nie precyzuje, jakie konkretnie są owe niezbywalne prawa i należność każdej jednostki. Jak wiadomo, ten problem budził zawsze najwięcej sporów i dzisiejsza opieka medyczna staje właśnie przed takim pytaniem: co należy się każdemu, a co stanowi przywilej, względnie dobro, o które należy zabiegać na własną rękę?

W interesującej nas tu dziedzinie dobrem jest zdrowie, zarówno jako stan, który został utracony i wymaga przywrócenie, jak i jako stan posiadany, który jedynie należy utrzymać (profilaktyka zdrowotna). Ten drugi aspekt zdrowia jest nie mniej ważny, chociażby ze względów finansowych, gdyż, jak to już od dawna wiadomo, zapobieganie chorobom kosztuje często mniej niż ich leczenie.

Kolejne pytanie, które tu powstaje brzmi: czy zasada taka jest tożsama z zasadą równości? Pamiętać należy, że pytanie o sprawiedliwość dotyczy nie tylko dystrybucji dóbr, lecz także praw i obowiązków każdego obywatela. Wskazuje to na fakt, że sprawiedliwość nie może odnosić się do równego podziału wszystkich tych elementów pomiędzy członków społeczności. Rzecz jasna, od małych dzieci nie wymaga się tego samego, co od dorosłych, uznaje się też za słuszne przyznanie prawa do wjazdu w zamknięty obszar miasta jedynie inwalidom, także np. nagrody w konkursach z natury rzeczy przysługują tylko nielicznym.

Nie ma więc prostego utożsamienia sprawiedliwości z równością, chodzi jedynie o to, aby reguły podziału były w sposób niebudzący wątpliwości z góry ustalone, a podjęta umowa społeczna w tej mierze przestrzegana. Pojawia się tu jednak pytanie, co to znaczy „w sposób niebudzący wątpliwości” oraz kto i w jaki sposób te reguły ma wyznaczać.

Pojawia się także pytanie (w sytuacji Polski często stawiane, choć nie odnoszone bezpośrednio do kwestii sprawiedliwości): jaka kwota przeznaczona na ochronę zdrowia będzie sprawiedliwa wobec konieczności przeznaczenia pieniędzy także na oświatę, obronę państwa, sądownictwo czy ochronę środowiska. Tu przecież także problem sprawiedliwości w jej aspekcie dystrybucyjnym jest zarówno kluczowy, jak i niesłychanie trudny do rozstrzygnięcia.

Współcześnie najobszerniejszą wykładnię pojęcia „sprawiedliwość” przedstawił John Rawls w książce *Teoria sprawiedliwości*⁶. Odwołuje się w niej do zasady *justice as fairness* – podział dóbr jest sprawiedliwy (*just*), jeśli jest bezstronny (*fair*), czyli jeśli oferuje każdemu takie same możliwości. Poglądy Rawlsa⁷, podobnie jak Locke’a, Rousseau czy Kanta, należą do nurtu umowy społecznej. Jednak w jego przypadku umowie społecznej zostaje nadane nieco inne znaczenie. Nie jest to ustalenie i akceptacja reguł w sensie zawarcia paktu społecznego, lecz

[...] są to zasady, jakie ludzie wolni i rozumni, mając swe własne korzyści na uwadze, przyjęliby w wyjściowej sytuacji równości jako definicję podstawowych warunków swego stowarzyszenia [...]. Dla zasad sprawiedliwości tak pojmowanych stosować będą określenie „sprawiedliwość jako bezstronność”⁸.

Termin „bezstronność” jest polskim odpowiednikiem trudnego do przetłumaczenia terminu *fairness*. Rawls proponuje, aby dla ustalenia zasad sprawiedliwości, jako stan wyjściowy przyjąć hipotetyczną sytuację pierwotnej równości. Drugi warunek wstępny Rawls nazywa zasłoną niewiedzy. Żadna z osób ustalających przyszłe zasady nie wie nic ani o sytuacji innych ludzi, ani o własnej pozycji w przyszłym społeczeństwie.

Nikt też nie wie, jakie naturalne przymioty, jak inteligencja, siła itd. przypadną mu w udziale. Przyjmuję nawet, że strony umowy nie wiedzą nic o swoich koncepcjach dobra ani o swych indywidualnych predylekcjach⁹.

W ten sposób ustalając zasady, nie można ani uprzywilejować własnej pozycji, ani kierując się jakimkolwiek względami, dać jakiejś grupie czy jednostce szczególne przywileje. Oczywiście jest to sytuacja czysto teoretyczna, nie ma bowiem w konkretnych społeczeństwach ani tak absolutnej niewiedzy, ani tak wyrównanej sytuacji wyjściowej. Trzeba więc uznać jedynie, że tak przyjęte zasady, to – ponownie przywołując słowa Rawlsa – zasady

[...] jakie ludzie wolni i rozumni, mając swe własne korzyści na uwadze, przyjęliby w wyjściowej sytuacji równości jako definicję podstawowych warunków swego stowarzyszenia¹⁰.

Według Rawlsa, spełnienie tych założeń prowadziłoby do wprowadzenia zasad sprawiedliwych dla wszystkich. Jeżeli człowiek nie wie, jak w przyszłości rola i pozycja przypadnie mu w społeczeństwie, wówczas nie będzie starał o uprzywilejowaną żadnej grupy, lecz będzie dążył do stworzenia reguł zapew-

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ibidem*, s. 23.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*, s. 24.

¹⁰ *Ibidem*, s. 23.

niających wszystkim równe szanse. Taki system sprawiedliwy dla wszystkich będzie opierał się na dwóch podstawowych zasadach.

– pierwsza zasada sprawiedliwości: „Każda osoba powinna mieć równe prawo do jak najszerzego całościowego systemu równych podstawowych wolności, dającego się pogodzić z podobnym systemem dla wszystkich”¹¹. Podstawowymi wolnościami obywatelskimi są m.in. bierne i czynne prawo wyborcze, wolność słowa, myśli, prawo do zgromadzeń, prawo do własności prywatnej, nietykalność osobista itd. Zasada wolności ma charakter absolutny i nie może być złamana, nawet ze względu na drugą zasadę (pierwsza zasada ma zwykle prawo pierwszeństwa nad drugą zasadą). Jak widać, w takim ujęciu Rawlsa na pierwszy plan zostaje wysunięta równość;

– druga zasada sprawiedliwości: „Nierówności społeczne i ekonomiczne mają być tak ułożone aby: a) były z jak największą korzyścią dla najbardziej upośledzonych [...] i jednocześnie b) aby były związane z dostępnością do urzędów i stanowisk dla wszystkich, w warunkach autentycznej równości szans”¹². W punkcie b. jest mowa o merytokracji – rządach ludzi kompetentnych. W odniesieniu do problematyki zdrowotnej można przyjąć, że reguły ustalają przygotowani merytorycznie do kierowania służbą zdrowia, zarówno lekarze, jak i specjaliści w zakresie zarządzania (przy tym zasada równości mówi, że każdy ma równe szanse nabyć kwalifikacje potrzebne do objęcia konkretnego stanowiska). O tym, jak ważne jest uznanie kompetencji, świadczą spory toczące się w tej sprawie w Polsce zawsze wtedy, kiedy pojawia się jakiś nowy projekt dotyczący dystrybucji świadczeń zdrowotnych.

Ta druga zasada zawiera w sobie jeszcze jedną zasadę, zwaną przez Rawlsa zasadą dyferencji. Zgodnie z nią, wszelkie odejścia od zasady równości mają uzasadnienie jedynie w przypadku, gdy wiążą się z korzyścią dla jednostek znajdujących się w najgorszym położeniu. Jego argumentacja za taką tezę brzmi, że czynniki od ludzi niezależne (np. rodzina, w której jednostka przychodzi na świat) nie powinny determinować szans życiowych czy perspektyw. Rawls zwraca także uwagę, że wrodzone talenty nie są w żadnym stopniu zasługą człowieka, w związku z tym zyski, jakie prawdopodobnie będzie on czerpać z ich tytułu są również niezasłużone.

Druga zasada dopuszcza więc nierówność, jeśli służy ona wyrównaniu szans. Nie ma tu sprzeczności między przyjęciem postulatu równości i dopuszczeniem nierówności w celu jej wyrównania statusu wszystkich obywateli. Ostatecznie więc formuła Rawlsa jest taka:

Wszelkie pierwotne dobra społeczne [...] mają być rozdzielane równo, chyba, że nierówna dystrybucja któregośkolwiek z tych dóbr, bądź wszystkich jest z korzyścią dla najmniej uprzywilejowanych¹³.

¹¹ *Ibidem*, s. 414.

¹² *Ibidem*, s. 415.

¹³ *Ibidem*, s. 416.

Pisząc o pojęciu sprawiedliwości, Maria Ossowska przywołuje stwierdzenie Davida Hume'a, że

[...] ludzie nie doszliby nigdy do pojęcia sprawiedliwości, gdyby dóbr było pod dostatkiem, albo gdyby byli skłonni do szczodrego ich rozdawania¹⁴.

Oczywiście nie wszystkie dobra niezbędne wszystkim ludziom są ograniczone. Powietrze, które jest niezbędne człowiekowi, jak na razie występuje w dostatecznej ilości, nawet jeśli jego jakość może budzić wątpliwości. Również jak na razie, przynajmniej w Europie, dla wszystkich wystarcza wody. Ale na pewno wszelkiego rodzaju świadczenia zdrowotne należą do dóbr, których zasób jest ograniczony. Generalnie realizacja tych zadań leży w gestii odpowiednich urzędów, a finanse ustalane są przez ogólną politykę państwa. Niewątpliwie jednak zasadniczą rolę pełni tu system podatkowy i struktura ubezpieczeń. Nie trzeba mówić o tym, jak wiele powstaje tu kontrowersji. Sytuacja współczesnej opieki medycznej jest tego dobitną ilustracją: nawet w bogatych krajach, wobec oczekiwań społecznych świadczeń medycznych jest zawsze za mało. A właśnie domena zdrowia i choroby domaga się szczególnej uwagi i troski o to, aby sprawiedliwość była przestrzegana.

Można też zadać pytanie, proveniencji w gruncie rzeczy kantowskiej: gdyby trzeba było rozstrzygać tego rodzaju problemy, to jakie rozwiązanie należałoby uznać za słuszne? Dlaczego jednostka ma się godzić się na rozwiązania dotyczące sytuacji, w których może nigdy się nie znaleźć, np. na uszczuplenie zarobków na rzecz powszechnej służby zdrowia. W tym miejscu należy przywołać słynny imperatyw kategoryczny Kanta. Podany tu zostanie, jedynie dla przypomnienia, w jego uproszczonej formie: postępuj zawsze tak, jak gdybyś chciał, żeby reguły twojego postępowania stały się prawem powszechnie obowiązującym. W swojej ogólnej formule imperatyw kategoryczny Kanta tej konkretnej sprawy jeszcze sprawy jasno nie ukazuje. Ale oto pisząc o człowieku znajdującym się w podobnej sytuacji, o kimś „komu dobrze się wiedzie”, w *Uzasadnieniu metafizyki moralności*, Kant zauważa, że „może się przecież zdarzyć niejeden taki wypadek, w którym człowiek ten potrzebuje miłości i współczucia drugich” i gdyby nie zgodził się na prawo mające na celu dobro wspólne, wówczas „pozabawiłby sam siebie wszelkiej nadziei pomocy, której sobie życzy”¹⁵. Ostatecznie więc uzasadnienie byłoby takie: nigdy nie wiadomo, co się przydarzy, a więc lepiej tworzyć bezpieczne społeczeństwo. I znów komentarz Rawlsa

w każdym przypadku korzystać osoby, która potrzebuje pomocy, znacznie przewyższa stratę tych, których się prosi o pomoc, a jeśli przyjąć, że szanse bycia beneficjentem nie są dużo mniejsze niż szanse bycia tym, kto musi udzielić pomocy, należy uznać, że ta zasada w oczywisty sposób jest w naszym interesie¹⁶.

¹⁴ M. Ossowska, *Normy moralne*, Warszawa 1985, s. 141.

¹⁵ I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tłum. M. Wartenberg, Warszawa 1984, s. 54.

¹⁶ J. Rawls, *op. cit.*, s. 464–465.

Można to jeszcze uzupełnić sformułowaniem Rawlsa odnoszącym się do działania w poszczególnych, trudnych do rozstrzygnięcia przypadkach. Chodzi tu o postępowanie możliwie najmniej niesprawiedliwe, czy może inaczej mówiąc, nie tak dobre, jak to najlepsze.

Sięga się wówczas do teorii nieidealnej, by znaleźć system najmniej niesprawiedliwy. Czasem system taki będzie zawierał środki i polityki, które system całkowicie sprawiedliwy odrzuciłby. Dwie rzeczy złe mogą przynieść coś słusznego w tym sensie, że najlepsze osiągalne rozwiązanie stanowi pewną równowagę niedoskonałości, zestawienie niesprawiedliwości takie, że jedna kompensuje drugą¹⁷.

Próbując zastosować tę regułę do omawianej tu dziedziny, można przypuścić, że jakaś organizacja organizuje koncert, z którego dochód postanawia przeznaczyć na leczenie dzieci wymagających operacji serca. Jak każdy dochód, kwota uzyskana powinna być obciążona podatkiem, jednak w tym przypadku podatek zostaje zniesiony. Jest tu podwójna niesprawiedliwość – szczególne podejście do podatku i wspomóżenie wybranej, arbitralnie wyznaczonej grupy osób. Jednak zrealizowane tu zostaje pewne niewątpliwe dobro: szansa uratowania, choćby i niewielkiej, grupy dzieci. W praktyce działania stosownych służb takie praktyki niejednokrotnie mają miejsce.

Można to odnieść do kolejnej wymienionej przez Rawlsa możliwości określania powinności państwa. Jest to zasada minimalizacji szkód.

Jednym z najważniejszych jeśli nie w ogóle najważniejszym obowiązkiem [...] jest zmniejszanie ilości i natężenia szkód doznawanych przez obywateli¹⁸.

Niewątpliwie do takich szkód należą choroby i wszelkie wrodzone czy nabyte uszczerbki na zdrowiu. Byłaby to więc w pewnym sensie sprawiedliwość kompensacyjna. Oczywiście i tu sprawa nie jest prosta. Powraca pytanie, czy lepiej jest pomóc kilku osobom, których szkoda (utrata zdrowia) jest bardzo poważna, czy większej liczby osób, którzy ponieśli „mniejsze szkody”. Z pozycji bezstronnego świadka nie da się tej kwestii rozstrzygnąć. Zasada minimalizacji szkód nie przesądza bowiem, czy lepiej zmniejszać cierpienie osób znajdujących się w najgorszej sytuacji czy pomóc wielu ludziom mniej cierpiącym.

Można też, wychodząc z takich przesłanek, odpowiedzieć na pytanie, który tu już wcześniej zostało postawione: czy jest rzeczą sprawiedliwą zmuszać wszystkich, aby świadczyli na rzecz powszechnej służby zdrowia, skoro będąc w dobrej sytuacji finansowej, nie zamierzają z nich korzystać. Tu w ogólnym rachunku społecznym suma krzywdy – jeśli tak można powiedzieć – jest większa po stronie tych, których nigdy będzie stać na leczenie prywatne, niż osób, które poniosą pewne wydatki na obowiązkowe ubezpieczenia¹⁹.

¹⁷ *Ibidem*, s. 384.

¹⁸ *Ibidem*, s. 88.

¹⁹ B. Gert, C. M. Cluver, K. Danner Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, tłum. M. Chojnacki, Gdańsk 2009, s. 88 i nast.

W gruncie rzeczy można ująć ten problem wychodząc od zasady równego rozważenia interesów, tak, jak ją widzi Peter Singer.

Istotą zasady równego rozważenia interesów jest to, że przykładamy taką samą wagę w naszych moralnych rozważaniach do podobnych interesów wszystkich dotkniętych przez nasze czyny. To znaczy, że jeśli tylko X i Y byłiby dotknięcie przez możliwy czyn i X ma stracić więcej niż Y ma zyskać, lepiej zaniechać czynu²⁰.

Nie zastanawiając się nad tym, na ile ta zasada, sformułowana zgodnie z deklaracją samego Singera ze stanowiska utilitaryzmu, różni się od stanowiska Rawlsa, jak wiadomo przeciwnika utilitaryzmu, rozważyć trzeba jeszcze odniesiony już bezpośrednio do problemów medycznych przykład Singera. Przytoczony zostanie tu *in extenso*.

Weźmy względnie prosty przykład: interes, by uśmierzyć ból fizyczny. Wyobraźmy sobie, że po trzęsieniu ziemi natrafiłem na dwie ofiary, jedną ze zmiążdżoną nogą w agonii, drugą z rozciętym udem i niewielkim bólem. Zostały mi tylko dwie dawki morfiny. Równe potraktowanie zasugerowałoby, by dać po jednej każdej z rannych osób, ale jedna nie uśmierzyłaby bólu osoby ze zmiążdżoną nogą. Wciąż odczuwałaby ona dużo większy ból niż druga ofiara, gdybym jednak dał jej kolejną dawkę, przyniosłoby jej to większą ulgę niż podanie jednej dawki osobie z niewielkim bólem. Stąd równe rozważenie interesów w tej sytuacji prowadzi do czegoś, co niektórzy mogą uważać za nieegalitarny rezultat: dwie dawki morfiny dla jednej osoby, żadnej dla drugiej²¹.

Równie trafny jest przykład podany przez Zygmunta Ziemińskiego w książce *O pojmowaniu sprawiedliwości*²². Tym razem chodzi o rozdzielenie antybiotyków, o których wiadomo, że mogą dawać dobre rezultaty jedynie podane w odpowiedniej ilości. Wówczas podzielenie posiadanego niewielkiego zasobu pomiędzy kilku pacjentów byłoby całkowicie nieuzasadnione. Jak pisze Ziemiński, „powstawać może wówczas dylemat sprawiedliwie, ale nonsensownie, czy sensownie, ale niesprawiedliwie”²³. W takim przypadku należy przyjąć dodatkowe kryteria pozwalające uzasadnić właściwe (sprawiedliwe) działanie, np. podać antybiotyk człowiekowi z najcięższym przebiegiem choroby.

Ten przykład miałby zastosowanie do wielu dylematów lekarskich, jakie mogłoby powstać wówczas, gdyby lekarze chcieli utożsamiać sprawiedliwość z równością. Odsyła on także do kilku jeszcze innych, istotnych spraw.

Jak zauważa Singer komentując przytoczony wyżej przykład, mimo pozornego nieegalitaryzmu, w gruncie rzeczy zastosowanie zasady równego rozważenia interesów daje rezultat wskazujący na równe potraktowanie obu ofiar trzęsienia ziemi; ich stopień cierpienia zostaje wyrównany²⁴. Jak się jednak wydaje,

²⁰ P. Singer, *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Warszawa 2007, s. 34.

²¹ *Ibidem*, s. 37.

²² Z. Ziemiński, *O sprawiedliwości*, Lublin 1992.

²³ *Ibidem*, s. 81.

²⁴ P. Singer, *op. cit.*, s. 37.

tęgo rodzaju rozumowanie łatwiej jest odnieść do przypadków jednostkowych, niż zastosować je przy tworzeniu reguł ogólniejszych, choć zapewne bywa ona stosowana także i tu. W czasie epidemii poważnej grypy większość środków zostanie przeznaczona dla najcięższych przypadków w przekonaniu, że wówczas szansa wyzdrowienia jest jednakowa po obu stronach.

Co prawda sprawa i tu nie jest do końca jasna. Wprawdzie trudno jest stosować kryteria ilościowe w odniesieniu do zdrowia, jednak w modelu idealnym można przyjąć istnienie ludzi po prostu zdrowych, wobec których żadne powiększanie tego stanu nie jest możliwe. Ostatecznie więc w odniesieniu do zdrowia zawsze sprawiedliwość dotyczy wyrównania braku, naprawienia szkody, przywrócenia stanu, który można uznać za naturalny stan posiadania. Pytanie w odniesieniu do środków naprawczych – procedur medycznych, lekarstw itd., nie brzmi wtedy komu dać najwięcej, lecz jak sprawiedliwie wyrównać szkody. Przy ograniczoności środków, rozważając problem dystrybucji, porównywać należy nie sytuację chorych z ludźmi zdrowymi, lecz jedynie chorych między sobą. Dopiero przy takiej interpretacji można uznać, że mając do czynienia z lżej i ciężej chorym, zawsze ratuje się tych, których stan jest gorszy. Jak wiadomo, w praktyce ta zasada nie jest stosowana. To samo, jak się wydaje, musi odnosić się do zdrowia.

Jak już było powiedziane, wyjściowa sytuacja człowieka chorego stawia go w pozycji gorszej niż innych ludzi i sprawiedliwość wymaga, aby tak dalece, jak to jest możliwe, zostało to wyrównane. Użyto tu sformułowania „tak dalece, jak to jest możliwe”, problem bowiem wcale nie jest prosty. Jednym z aspektów pojęcia sprawiedliwości jest wspomniana już „zasada kompensacji”, która powiada, że „nierówności niezasłużone domagają się zadośćuczynienia, a skoro nierówności wynikające z urodzenia i uposażenia przez naturę są niezasłużone, winny być jakoś skompensowane”²⁵. Jednak zasada kompensacji nie jest także tożsama z zasadą równości. Nie oznacza ona, że wszystkie środki i sposoby, jakimi dysponuje społeczeństwo mają być przeznaczone na doprowadzenie wszystkich członków społeczności do równego statusu. Mówi się więc np. o równym dostępie do podstawowej edukacji, ale później preferencje mają już – przynajmniej teoretycznie – najzdolniejsi. W tym sensie zasada „co się komu należy” głosiłaby, że każdemu należy się pewien, ustalony stopień wykształcenia, dalsze stają się terenem konkurencji.

Osobliwością sytuacji chorego, przynajmniej w ustawodawstwie polskim, jest to, że dystrybucja dobra, jakim jest zdrowie nie jest, a w każdym razie nie powinna być, niczym uwarunkowana – jedyną przesłanką jest zły stan zdrowia. Tu zasada równości traktowana jest (znowu przynajmniej w teorii) niesłychanie rygorystycznie. Ani zdolności, ani zasługi, ani pozycja społeczna nie powinny być brane pod uwagę (to, że w rzeczywistości tak nie jest, pozostaje zupełnie inną sprawą).

²⁵ J. Rawls, *op. cit.*, s. 144.

Jednak w przypadku świadczeń zdrowotnych, jak już była o tym mowa, sprawa się niezmiernie komplikuje właśnie wtedy, gdy idzie o ustalenie, co należy się wszystkim. Dość łatwo można zgodzić się na to, że istnieje taka sfera leczenia, która nie musi wszystkim przysługiwać – tu zgodnie wymienia się chirurgię plastyczną, ale tylko tę, która poprawia urodę, można jeszcze uwzględnić niektóre zabiegi stomatologiczne i właściwie na tym koniec. Wszystkie inne działania stają się obiektem powszechnych roszczeń, chodzi bowiem o dobro, do jakiego w zasadzie mają prawo wszyscy – o życie. Dlatego właśnie w odniesieniu do problematyki zdrowotnej przeświadczenie o równym dostępie do świadczeń medycznych jest tak mocne.

W odróżnieniu od przeważającej części innych dóbr, które są podzielne w tym sensie, że można ich mieć więcej lub mniej – jak pieniądze, miłość, a nawet samo zdrowie, życie jest czymś całkowicie niepodzielnym – nie ma go więcej ani mniej – i niewątpliwie ono „należy się każdemu”. Oczywiście pewnym kryterium ilościowym może tu być „długość życia” i – jak się okazuje – także i to bywa brane pod uwagę, jednak sam fakt, że mówi się o dobru jednostkowym i niepodzielnym nie ulega wątpliwości. Co prawda, paradoksalnie, życie, podobnie jak zdrowie, nie zalicza się do „dóbr najwyższych”, wystarczy tu wskazać na – jeśli chodzi o zdrowie – świadomie wybierany niezdrowy tryb życia, używki czy choćby uprawianie zawodowo sportu. Życie własne może okazać mniejszą wartością niż honor, obrona ojczyzny czy inne wielkie sprawy, można je też komuś odebrać w obronie własnej, na wojnie itp.

Zarówno jednak życie, jak i zdrowie należą do dóbr wysoko usytuowanych w hierarchii wartości. Prawo do życia jest powszechnie uznawane za naturalne prawo ludzkie, a ratowanie zdrowia jest niewątpliwie działaniem mającym na celu realizację tego prawa. Nikt tej ogólnej zasady nie kwestionuje, problemy powstają dopiero wówczas, kiedy trzeba sprecyzować szczegółowe zasady jej urzeczywistniania, kiedy trzeba ustalić, komu, w jakiej sytuacji, jaki zakres świadczeń przysługuje, niezależnie od tego, na jaką kwotę był ubezpieczony i jakimi dodatkowymi pieniędzmi dysponuje. Rozstrzygnięcia muszą być bezstronne, podejmowane z przyjęciem hipotetycznej „zasłony niewiedzy” i ta zasada jest tu szczególnie istotna.

Nie jest to jednak takie proste ze względu na to, że sytuacja „zasłony niewiedzy” każe traktować wszystkie jednostki jako elementy większej całości – społeczeństwa. Nic o innych nie wiadomo, nikt nie jest konkretną jednostką – jest to, jak się wydaje, podstawowy warunek ustalania wszelkich reguł sprawiedliwości, znajdujący swój wyraz w starym powiedzeniu, że „sprawiedliwość jest ślepa”. W sytuacji człowieka chorego, czy raczej ludzi chorych, bo właśnie fakt, że jednostek tego typu jest wiele, każe podejmować w ogóle kwestie sprawiedliwości, taka bezstronność wydaje się czymś szczególnie ważnym. Ostro potępia się takie fakty społeczne, jak wyróżnianie chorych ze względu na pieniądze, jakie mogą oni zapłacić lekarzowi czy ze względu na ich pozycję społeczną lub powią-

zania towarzyskie. To są sprawy oczywiste. Znacznie trudniejszy problem pojawiający się właśnie w relacji lekarz–pacjent stwarza fakt, że istnieje całkowita rozbieżność między tak pojmowaną sprawiedliwością a wartością, która przecież w hierarchii wartości stawiana jest również bardzo wysoko – miłością. Miłość wyróżnia i indywidualizuje, sprawiedliwość odbiera cechy indywidualne.

Wśród etycznych zaleceń stawianych lekarzowi zawiera się właśnie postulat podmiotowego traktowania pacjenta, w którym przejawiają się emocje takie, jak życzliwość czy pełne miłości współczucie, określane najlepiej łacińskim terminem *caritas*. Podstawowe zasady etyczne głoszą, że pacjent jest dla lekarza niepowtarzalną, zindywidualizowaną osobą i winien być traktowany tak, jakby w momencie kontaktu w ogóle nie istnieli inni ludzie. Jego prawa (znowu w tym momencie) każą lekarzowi – mówiąc nieco metaforycznie – „zrobić dla niego wszystko”. Tymczasem sprawiedliwość wymaga, aby takie uczucia eliminować czy może raczej nie brać ich pod uwagę. Nie powinien, np. cieszyć się specjalnymi względami chory dlatego, że jest bardziej lubiany czy zasługujący na większe współczucie niż inni.

Napotyka się więc osobiłą sprzeczność postulatów etycznych, charakterystyczną dla relacji człowiek chory–lekarz. Konflikt między miłością a sprawiedliwością często jest rozpatrywany na przykładzie rodzice–dziecko. Miłość do dziecka każe wybaczać mu popełnione winy, sprawiedliwość – niezbędna jako element wychowawczy – skłania do nagradzania postępowania właściwego, ale karania za przewiny. Ten konflikt bywał rozstrzygany w ten sposób, że każdemu z dwojga rodziców przypisywano odmienną rolę – matka reprezentuje miłość i wybaczenie, a ojciec surową sprawiedliwość (jak wiadomo, tradycyjne w rodzinie role obecnie ulegają przemieszaniu). W relacji lekarz–pacjent takie rozwiązanie nie jest, rzecz jasna, możliwe.

Na tego rodzaju problem wskazuje Włodzimierz Galewicz²⁶, pisząc o krytyce skrajnie indywidualistycznego podejścia, jaką przeprowadził Henry Veatch. Takie stanowisko wiąże się ze starą tradycją hipokratejską, która, zdaniem Veatcha,

[...] przedstawia sprawy w taki sposób, jak gdyby w świecie istniał tylko jeden pacjent i jeden lekarz, a zadaniem lekarza było maksymalizowanie dobra pacjenta²⁷.

Zarazem jednak nie chodzi też o przyjęcie, że dobro indywidualnego pacjenta miałyby zostać zastąpione troską „o interes społeczeństwa czy też o dobro ogółu, tak, jakby to wynikało z uniwersalistycznej etyki utilitaryzmu”²⁸. Idąc za tym tokiem myślenia, trzeba przypuszczać, że jedynym rozwiązaniem byłoby stworzenie bardzo szczegółowego zestawu rozstrzygnięć poszczególnych

²⁶ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, [w:] *Moralność i profesjonalizm: Spór o pozycje etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Kraków 2010.

²⁷ *Ibidem*, s. 111.

²⁸ *Ibidem*.

problemów, dokonane przez stosowne gremia złożone z ludzi niepracujących bezpośrednio z chorymi, tak, aby to nie lekarz musiał dokonywać decydujących wyborów wówczas, gdy ma przed sobą możliwość zapewnienia określonych świadczeń medycznych jedynie niewielkiej liczbie pacjentów. Jednak takich szczegółowych rozstrzygnięć nie ma i zapewne stworzenie dokładnego katalogu wyborów nie byłoby możliwe. Zresztą problematyka ta nie znajduje swojego wyrazu w toczących się obecnie dyskusjach dotyczących praw człowieka chorego, mimo, że to właśnie pacjenci domagają się od lekarzy indywidualnego traktowania, życzliwości i zrozumienia i nie życzyliby sobie lekarza przyjmującego za „zasłoną niewiedzy”. Co prawda, mówi się niekiedy – zwłaszcza ostatnio – o kwestii obowiązków (przede wszystkim lekarzy) i praw (zwłaszcza pacjentów), jednak najczęściej „sprawiedliwość” dotyczy nie tyle omawianych w dyskusji kwestii, ile dystrybucji dóbr, którymi są czas i kwalifikacje lekarza, dostęp do lekarstw, technik chirurgicznych, miejsc w szpitalach i sanatoriach, a wreszcie pieniędzy, jakie się z tym wiąże. Inaczej mówiąc: „każdemu według potrzeb”, ale „w miarę możliwości”. Ilość dóbr jest ograniczona, to oczywiste. Co gorzej, wobec pojawiających się coraz nowszych możliwości, przede wszystkim skomplikowanych zabiegów chirurgicznych, przeszczepów itp., medycyna staje wobec sytuacji, że tylko nieliczne jednostki z jednakowo uprawnionych mogą owe dobra otrzymać, podczas gdy zasłona niewiedzy nakazuje każdą jednostkę traktować jednakowo – każdy potrzebujący ma prawo do przeszczepu serca. Przy decyzjach tu podejmowanych nie mogą więc wchodzić w grę takie elementy, jak osobista sympatia, powiązania rodzinne czy korzyści materialne. Natomiast dokonane wybory mogą mieć dramatyczne skutki i często, jak w przypadku przeszczepów czy choćby tylko dializy nerek, odmowa oznacza wyrok śmierci. Powoduje to, że sytuacja wyjściowa ma tu szczególnie charakter. W gruncie rzeczy staje się ona podobna do klasycznego, pochodzącego z podręczników etyki przykładu: z dryfującej na morzu łodzi trzeba wyrzucić jednego pasażera albo zginą wszyscy. W tym przypadku trzeba kogoś skazać na śmierć, aby pozostałych uratować.

Ostatecznie można w końcu przyjąć także i kryteria użytecznościowe, aby jednak sprawiedliwość została zachowana, należałoby to uczynić w sposób otwarty i wyraźny, bez towarzyszącej tego rodzaju problemom hipokryzji. Przy tworzeniu takich kryteriów trzeba, żeby każdy człowiek zadał sobie pytanie, czy chciałby, aby wprowadzane zasady dotyczyły także i jego, czy wyrazi na nie zgodę w sytuacji, w której okaże się mniej użyteczny? Jak się jednak wydaje, właśnie w tych sferach życia społecznego, w których w grę wchodzi takie wartości, jak życie i zdrowie, kryteria użytecznościowe nie powinny mieć miejsca. Życie bardzo głęboko upośledzonego umysłowo człowieka nie jest zapewne „pożyteczne” dla społeczeństwa, ale jest cenne jako wartość właśnie. Użyteczność dla innych może niejako „wzmocniać” wartość człowieka jako członka społeczeństwa, ale o tej wartości nie decyduje.

Zazwyczaj przy precyzowaniu zasad podziału dóbr przyjmuje się pewne szczegółowe ustalenia, zgodnie z podanymi wyżej założeniami. Przy niedoborach żywności można przyjąć, że produkty szczególnie pożywne przypadną dzieciom i ludziom chorym. W przypadku miejsc na studia wyższe można przeprowadzić egzamin konkursowy itp. Ci, którym owe dobra nie przypadną, mogą nie zaakceptować zasad podziału, ale na ogół nie narusza to ich poczucia sprawiedliwości. Nie można jednak wyobrazić sobie takiego ustalenia zasad wstępnych, gdzie powiedziałoby się jasno, którym osobom można odmówić świadczeń lekarskich, nawet tych bardzo drogich i trudno dostępnych i skazać ich na śmierć, chociaż, jak wiadomo, tak właśnie często z konieczności się dzieje. Nie można też, z przyczyny właśnie owej niezbywalności prawa do życia, wyznaczać wybrane osoby, np. losowo. Żadne z ustalonych i niekiedy milcząco przyjmowanych kryteriów nie może tu mieć zastosowania. Jeżeli do kosztownych zabiegów przyjmowane byłyby wyłącznie osoby młode, to argumentacja za takim wyborem albo odwoływałaby się do większych szans przeżycia (znowu element losowy), albo do czegoś w rodzaju uznania, że mają oni po udanym zabiegu szansę żyć dłużej właśnie z racji młodszego wieku. Wtedy znowu naruszona zostałaby zasada równości każdego życia.

Co prawda istniały kultury, w których przyjmowano, że życie człowieka starego jest mniej warte niż młodego (prawdę rzekłszy i w polskim społeczeństwie tak się często uważa, choć oficjalnie tego rodzaju poglądów się nie wygłasza), jednak w gruncie rzeczy ma tu wówczas zastosowanie zasada większej użyteczności. Takie nastawienie prowadziło do wniosku, że w ogóle leczenie ludzi, którzy zdrowia w pełni i tak nie odzyskają, nie jest pożyteczne i należy go w większości przypadków zaniechać. Tego rodzaju wnioskowanie jest ewidentnie nie do przyjęcia i prowadzi do traktowania ludzi jako jedynie środków do celu, nawet tak szlachetnego, jak większe dobro większej grupy ludzi.

Taką samą zasadą kierowaliby się ci, którzy np. zdecydowaliby, że trzeba raczej ratować wielkiego uczonego niż ubogiego żebraka. Uczony bowiem jest dla społeczeństwa bardziej przydatny czy – mówiąc bardziej elegancko – cenniejszy niż zwykły człowiek. Decydującym kryterium stałoby się tu więc znowu kryterium użyteczności. Mimo że stwierdzenie takie wydaje się pozornie sprzeczne, choćby z obiegowymi przekonaniem, to jednak ponownie należy tu się zgodzić z Rawlsem, że nie można przyjąć zasady, „która ograniczałaby możliwości życiowe jednych w imię większych korzyści stających się udziałem drugich”²⁹. Przy tym w omawianej sytuacji określenie „możliwości życiowe” brzmi dramatycznie dosłownie.

Podobne rozumowanie można przeprowadzić w odniesieniu do zasług moralnych, w tym przypadku ratunek życia byłby czymś w rodzaju nagrody (podob-

²⁹ J. Rawls, *op. cit.*, s. 27.

nie zresztą można rozumować przy podanym wyżej przykładzie uczonego) za czyny i dzieła już dokonane. Człowiek dobry kwalifikuje się bardziej niż inni do ratowania mu życia. Wtedy jednak znowu trzeba przyjąć, a tego otwarcie nikt nie zrobi, że życie ludzkie ma niejednakową wartość. Tymczasem nawet przy wydawaniu wyroków śmierci przyjmuje się, że właśnie odebranie życia jako wielkiej powszechnej wartości jest najsurowszą karą.

Skoro przyjmie się, że nie ma jasnych kryteriów wyróżniających, trzeba postulować konieczność dokonania ustaleń arbitralnych. Ustaleń dokonywanych z pozycji „zasłony niewiedzy”, w sposób bezstronny w nastawieniu wolnym od emocji i osobistych preferencji.

Wszelkie cechy, które powodują, że dana grupa ludzi jest traktowana w odrębny sposób, tutaj nie są brane pod uwagę, inaczej niż to bywa przy innych kwestiach (ludzie niepełnosprawni nie mogą wykonywać pewnych zawodów, na niektórych stanowiskach otrzymuje się bardzo niskie wynagrodzenie, ludzie wybitni czy sławni są często traktowani z większym szacunkiem itp.). Jedynym odrębnym problemem, niewątpliwie związanym ze służbą zdrowia, jest prawo od odbierania wolności niektórym chorym psychicznie, jest to jednak inne zagadnienie. Owo „szczególnie równe” traktowanie znajduje wyraz w toczących się ostatnio dyskusjach, czy lekarz ma prawo odmówić badania osobie pijanej czy nieprzestrzegającej elementarnych zasad higieny. Przeważa opinia, że lekarzowi nie wolno nigdy nikogo w takich przypadkach wykluczyć.

Dotychczasowa praktyka jest taka, że nikt nie podejmuje się ustalenia wyraźnie sformułowanych zasad i postępowaniem terapeutycznym rządzą często albo względy pozamerytoryczne, albo mówi się, iż lekarz winien kierować się intuicją czy sumieniem, co jednak w braku jakichkolwiek innych kryteriów, prowadziłoby do ustalenia formalnej niesprawiedliwości. Nie wiadomo zresztą, dlaczego właśnie intuicja lekarska miałaby stanowić jakieś szczególnie wiarygodne źródło wiedzy. Nie chodzi przecież w tym przypadku o ten zakres wiedzy, który składa się na kompetencje zawodowe absolwenta studiów medycznych.

Przyszłość nie zmienia tej sytuacji – przeciwnie, sytuacja może się pogorszyć. Informacja o istnieniu nowych, bardzo skutecznych i trudno dostępnych sposobach leczenia, wiedza, staną się powszechne i nasilą się roszczenia. Nawet najlepiej działający system ubezpieczeń społecznych nie zapewni wszystkim ludziom możliwości korzystania z podsuwanych przez rozwijającą się naukę nowoczesnych technologii i sposobów ratowania życia, te problemy znane są nawet w bardzo bogatych społeczeństwach. Coraz bardziej starzejące się społeczeństwa, czyli coraz więcej pacjentów, coraz większa ilość bardzo drogich technologii, dostępnych tylko dla niewielu – te problemy zaostrzy.

W tym miejscu należy zauważyć, że taka sytuacja wcale nie jest czymś oczywistym. W czasach nie tak bardzo odległych, kiedy ludzie w ogóle żyli krótko, a podstawowe leki czyli zioła właściwie każdy mógł zdobyć, leczenie nie stawiało lekarza przed codziennym dramatycznym wyborem. Być może jedynym

rozwiązaniem problemu będzie (jak to się już zresztą dzieje) uznanie, że prawo do opieki medycznej mają wszyscy, ale do szczególnie kosztownej tylko bogaci. Kłopot znowu polega na tym, że chodzi tu o dobro, które przysługuje wszystkim – o życie. Właśnie te najbardziej kosztowne techniki służą obecnie ludziom do niedawna przez medycynę skazanym na śmierć. Niestety, tym tylko, którzy mają albo pieniądze, albo wystarczające wpływy, aby móc z tego typu zdobyć medycyny korzystać.

Jeszcze jednym rozwiązaniem, w Polsce często stosowanym, jest przyjęcie, że dane świadczenie przyznawane jest według kolejności zgłoszeń. Wtedy szczególnego rodzaju kryterium, jakie pojawia się w przypadku świadczeń zdrowotnych jest czas oczekiwania. Z jednej strony przyjęcie czasu oczekiwania za kryterium dystrybucji określonych procedur medycznych jest wyrazem sprawiedliwości w tym znaczeniu, że podaje się tu wyraźne wskazanie – decyduje kolejność zgłoszeń (to kryterium było stosowane częściej w systemie gospodarki socjalistycznej, gdzie pewne dobra były dostępne finansowo dla stosunkowo szerokiej grupy ludności, ale ich ilość była ograniczona – stąd „zapisy” na przydział mieszkania, nabycie samochodu czy pralki itd., a także nabycie określonego towaru w sklepie wyznaczała „kolejka”). Do dziś zresztą niektórzy ludzie w Polsce, zwłaszcza starsi i znajdujący się w złej sytuacji finansowej, uważają właśnie taki system za sprawiedliwy. Zresztą do pewnego stopnia funkcjonuje nadal – dotyczy zapisania dziecka do renomowanego przedszkola, dostania się na niektóre kierunki studiów itp. O ile jednak w tych przypadkach takie kryterium kolejności może być (przynajmniej teoretycznie) ściśle przestrzegane, o tyle w przypadku dostępu do niektórych procedur leczniczych sytuacja jest dramatycznie odmienna. Zbyt długie oczekiwanie może prowadzić do pogorszenia stanu chorobowego, a w krańcowych przypadkach do śmierci. Może się zdarzyć, że jako pierwsi pomoc otrzymają mniej potrzebujący, którzy wcześniej znaleźli się na początku listy. W praktyce często wprowadza się więc drugie kryterium – stan pacjentów. Można je stosować w sposób dość przejrzysty, np. w przypadku ludzi przywożonych na pogotowie po wypadkach: „najpierw najciężej ranni, złamania mogą poczekać”. Jednak w pozostałych przypadkach połączenie takich dwóch kryteriów często prowadzi do chaosu i konieczności podejmowania przez lekarzy decyzji, które trudno jest uzasadnić. Każde dopuszczenie do naruszenia jednej wyznaczonej reguły, nawet jeśli konieczne, może łatwo prowadzić do nadużyć – korupcji, protekcjonizmu itp. Niemniej jako rodzaj, kryterium dystrybucji właśnie, w przypadku ratowania zdrowia i życia kolejki, jest uważane za rozwiązanie sprawiedliwsze niż np. kryterium możliwości finansowych pacjenta.

Autor książki *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Kazimierz Szewczyk³⁰ w rozdziale pod charakterystycznym tytułem „Etyczny aspekt kolejek do świadczeń zdrowotnych”³¹, sumiennie zestawia wszelkie możliwe ko-

³⁰ K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.

³¹ *Ibidem*, s. 40.

rzyści wynikające z tak przyjętego systemu dystrybucji. Część z tych zalet ma charakter czysto utylitarny, np. gdy „pomagają obniżyć popyt na niektóre usługi, szczególnie z grupy planowych” lub „listy poprzez ich publikacje sprzyjają polepszeniu jakości pracy przez szpitale i inne placówki opieki zdrowotnej”³². Takich zalet kolejek jest jeszcze kilka, ale najważniejsza zostaje, i słusznie, jest ta wymieniona w punkcie pierwszym.

Stanowią mechanizm jawnego racjonowania. Dzięki jego zastosowaniu możliwe jest ustalenie przejrzystych zasad tworzenia i zarządzania rozdzielnictwem. Jako instytucje spełniają warunki wyjaśnialności rozsądnego charakteru podejmowanych decyzji alokacyjnych³³.

Oto najpełniejsza w znanej literaturze przedmiotu pochwała przyjęcia czasu oczekiwania jako kryterium sprawiedliwego podziału (oczywiście autor równie sumiennie wymienia jego wady.). I ostateczna konkluzja autora w tej sprawie:

Z punktu widzenia troski ograniczanej sprawiedliwością kolejki są etycznie usprawiedliwioną metodą racjonowania w obecnie dominujących realiach kulturowych i ekonomicznych. Pozwalają bowiem na zachowanie etycznego statusu medycyny z jednoczesnym wprowadzanie mechanizmów racjonowania³⁴.

Kwestia ta warta jest uwagi, stanowi bowiem doskonałą ilustrację skądinąd znanego faktu, że ustanawianie reguł sprawiedliwości ma swoje mocne uwarunkowanie w polityczno-społecznej sytuacji danej społeczności. Podobny do powyższego wywód nie miałby zastosowania w krajach, w których o dostępie do świadczeń decyduje wysokość opłacanego ubezpieczenia.

Jeśli przyjmie się jako decydujące kryterium finansowe, jak to w Polsce często się dzieje w przypadku bardzo drogiej operacji wykonywanych jedynie za granicą, to istnieje jeszcze jedna możliwość. Można mianowicie szukać sponsora finansującego kosztowną operację zagraniczną jednemu choremu dziecku. Trzeba jednak wyraźnie odróżnić sprawiedliwość od dobroczynności, pozwalającej na indywidualne potraktowanie potrzeb jednego człowieka.

Często można przeczytać rozpaczliwe apele do społeczeństwa o nadsyłanie pieniędzy dla uratowania czyjegoś pojedynczego życia. Nawet jednak możliwość zorganizowania takiego apelu nie jest dana wszystkim ludziom, wymaga umiejętności sprawnego działania, dostępu do prasy, instytucji społecznych etc. Sam ciężko chory człowiek, a tym bardziej chore dziecko, o taką pomoc nie potrafi zabiegać. Musi więc już na starcie mieć rodzinę, znajomych, którzy takie działania w sposób umiętny podejmą, zapewniając mu wygraną w tym osobliwym wyścigu. Jedynym uzasadnieniem sprawiedliwości takiego rozwiązania byłaby wówczas zasada równego startu – każdy ma możliwość zdobywania pieniędzy i winien do tego dążyć zanim zachoruje, wiadomo jednak, że zwłaszcza w dome-

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ibidem*, s. 41.

nie leczenia istnieje wiele jednostek już na starcie pokrzywdzonych i pozbawionych możliwości zarobkowania – to ludzie z chorobami wrodzonymi, inwalidzi. Takie więc postawienie sprawy byłoby kolejnym naruszeniem zasady sprawiedliwości (należy pamiętać, że nie chodzi tu o prosto pojmowaną równość). Wszelkie więc zbiórki na leczenie konkretnego człowieka, najczęściej dziecka, są z natury rzeczy niesprawiedliwe, chociaż niekoniecznie złe. Wybierając poszczególne osoby (często dlatego, że pisze o nich prasa i pokazuje telewizja), ludzie kierują się motywami osobistymi. Ale spełniają też moralny nakaz „uratować choćby jednego człowieka”.

Kłopot polega na tym, że nie jest oczywiste, czy postępowanie zgodne z zasadą sprawiedliwości, jest zawsze „dobre”, a jej naruszanie zawsze „złe”. W przypadku zachowań związanych z procedurami medycznymi jest to szczególnie ważne. Jeżeli w poczekalni spośród wielu pacjentów czekających na przyjęcie lekarza wybierze w którymś momencie matkę z płaczącym dzieckiem, którego płacz dodatkowo utrudnia już i tak niekomfortową sytuację czekających, będzie to niesprawiedliwe, ale czy to znaczy, że lekarz postąpił źle? Przecież naruszając regułę kolejności miał na względzie dobro wszystkich zainteresowanych.

Sprawa jednak staje się poważniejsza, jeśli dotyczy naruszenia obowiązującego prawa. Kilka lat temu znany stał się przypadek lekarki, która dla dobra bardzo ubogich pacjentów fałszowała recepty, umożliwiając w ten sposób leczenie ludziom chorym i ubogim.

Mimo pozornego podobieństwa, te dwie opisane sytuacje w bardzo istotny sposób się różnią. W przypadku kolejki pacjentów oczekujących na lekarza, zmiana zasady wynikała ze zgody wszystkich stron na naruszenie zasady kolejności, bo było to korzystne dla wszystkich. W przypadku drugim naruszone zostaje prawo, a przyjęta przez pełną dobrych chęci lekarkę redystrybucja świadczeń wymagała ostatecznie czerpania środków z własności wspólnej. Sytuacja byłaby oczywiście inna, gdyby lekarka przeznaczała na ten cel własne dochody. Inaczej mówiąc – prawnie ustanowione reguły sprawiedliwej dystrybucji nie mogą być naruszane także i wtedy, gdy w poszczególnych przypadkach wydają się niesprawiedliwe. „Gdyby każdy w sytuacjach tego rodzaju brał sprawę egalitaryzmu we własne ręce, powstałby chaos” – komentuje tego rodzaju sytuacje amerykański filozof Richard B. Brandt³⁵. Na wszystkie te pytania nie ma w tej chwili zadowalającej odpowiedzi. Nie zmienia to jednak faktu, że w sytuacji ograniczonej ilości dóbr, priorytety muszą zostać ustalone. Nie jest przy tym powiedziane, że kryterium decydującym o zasadach wyboru musi być tylko jedno. Można ustalić, że w przypadku np. decyzji o tym, komu udzieli się pomocy w dostępie do drogiej i skomplikowanej, zagranicznej operacji przeszczepu jakiegoś organu, rozstrzygającym kryterium będzie to, na jak długo później ten organ może służyć – pierwszeństwo mają młodszy – oraz jak duża jest szansa, że operacja w ogóle

³⁵ R. B. Brandt, *Etyka. Zasady etyki normatywnej i metafizyki*, tłum. B. Stanosz, Warszawa 1996, s. 730–731.

się uda – wśród wybranych pierwszeństwo mają zdrowsi. Zapewne takie kryteria w sposób zawołowany już funkcjonują, zdominowane jednak przez zasadniczy fakt – pierwszeństwo mają bogatsi. Wszystkie te sprawy nie zostały jednak nigdy wypowiedziane czy skodyfikowane.

Oczywiście można stwierdzić, że sprawiedliwość to tylko jeden z wielu niesłuchanych trudnych problemów moralnych współczesnej medycyny. Nie można go jednak pominąć, jeśli chce się budować dobrze funkcjonujące społeczeństwo.

Bibliografia

- Brandt R. B., *Etyka. Zasady etyki normatywnej i metafizyki*, tłum. B. Stanosz, Warszawa 1996.
- Gert B., Cluwer C. M., Clouser K. D., *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, tłum. M. Chojnacki, Gdańsk 2009.
- Hartman J., Woleński J., *Wiedza o etyce*, Warszawa–Bielsko-Biała 2009.
- Ossowska M., *Normy moralne*, Warszawa 1985.
- Rawls J., *Teoria sprawiedliwości*, tłum. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk, Warszawa 1994.
- Singer P., *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Warszawa 2007.
- Szewczyk K., *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.
- Ziemiński Z., *O sprawiedliwości*, Lublin 1992.